all'Autore Pg' Dr C. F. Cyriax
omaggio riconoscente
Boeri

Prima Clinica Medica della R. Università di Napoli
diretta dal prof. DE RENZI E.

Edgar Cyriax

L'ASCOLTAZIONE, PREVIO MASSAGGIO DELL'APICE POLMONARE, E LA DOLORABILITÀ CORRISPONDENTE NELLA DIAGNOSI FISICA DELLA TUBERCOLOSI INCIPIENTE

NOTA

PEL

Prof. GIOVANNI BOERI

incaricato di diagnostica e terapia fisica,
libero docente di patologia e di clinica medica

(Estratto dalla *Nuova Rivista Clinico-terapeutica*, Anno IX, n. 6, 1906).
291-295

NAPOLI
Stabilimento Tipografico Cav. N. Jovene e C.
Piazza Trinità Maggiore, 13
1906

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll | welMOmec
Coll No. | pam
WF 200
1906
E67a

LIBRARY

Mi hanno indotto a pubblicare la presente nota le seguenti considerazioni:

Che ogni tentativo, per quanto modesto, diretto ad aiutare la diagnosi precoce della tubercolosi, concorre indirettamente a vantaggio rilevantissimo del problema terapeutico.

Che mentre clinici illustri propendono oggi giustamente a sostenere la superiorità delle ricerche di laboratorio sui metodi clinici per la diagnosi precoce della tubercolosi, gli stessi clinici convengono per altro che i mezzi di diagnosi clinica, specialmente quelli riguardanti l'esame fisico, sono più che gli altri alla portata dei medici pratici, e spesso non meno preziosi, e che deve essere bene accolto ogni nuovo segno o mezzo che possa farci luce nella prima fase della tubercolosi.

Che i primi sintomi fisici della tubercolosi incipiente vanno cercati a preferenza e con maggiore probabilità di successo in alcuni punti determinati del torace, come in corrispondenza di quella piccola parte del polmone che sovrasta l'orifizio superiore del torace osseo, e propriamente in quella sua estrema sommità che fu chiamata la *punta del polmone* (de Renzi).

Che in questa diagnosi si deve assegnare la maggiore importanza ai fenomeni acustici e che *un rantolino, anche di poche bolle, ha più valore che una retrazione o una minore sonorità nella regione corrispondente.*

A queste considerazioni, che sono oramai patrimonio comune della clinica, mi è sembrato potere aggiungere queste altre personali. Che, cioè, a ricercare i primi sintomi fisici della tubercolosi nella regione dell'apice che sovrasta l'apertura del petto (spazio sopraclavicolare), il medico non debba essere soltanto consigliato dalla nozione della mag-

giore frequenza di localizzazione corrispondente del processo tisiogeno, ma anche dal particolare anatomico che solamente in questa sua minima parte il polmone si trova al difuori della cassa toracica, che in questa parte esso è quindi scoverto da pareti ossee, e quindi più o meno accessibile ad influenze meccaniche esterne, di pressione o di pigiamento, attraverso uno strato di parti molli d'ordinario, sopratutto nei tisici, non rilevante.

Mi sono ricordato ancora della tecnica rutinaria con cui all'esame necroscopico, esaminando i polmoni affetti da bronchiti o broncopneumoniti, si pigiano i medesimi tra le dita, per spremerne i liquidi dalla superficie del taglio. Ed ho pensato che una manovra consimile potesse in certo modo effettuarsi su questa porzione apicale del polmone, per sue condizioni topografiche accessibile in qualche modo alle azioni meccaniche esterne, e che tale pigiamento potesse mettere in movimento gli umori patologici eventualmente esistenti, in modo che le prime inspirazioni successive potrebbero provocare qualche rantoletto prima inesistente.

Queste riflessioni mi hanno consigliato la seguente modalità di tecnica nell' esame fisico dei tubercolotici. *Prima di procedere a qualsiasi manovra di palpazione e di percussione nella regione sopraclavicolare,* io vi pratico l'ascoltazione con lo stetoscopio. Pur troppo molte volte non vien fatto di rilevare alcun fenomeno acustico positivo (che anzi, malgrado le considerazioni sopraesposte, io non potrei affermare che l' ascoltazione nella tubercolosi incipiente riesca più spesso positiva in questa regione che non in quella sottoclavicolare, e in quella sopraspinosa). Allora, stando l'infermo diritto di fronte a me, poggio la mia mano (la destra se esamino la regione di sinistra, e viceversa) con le ultime quattro dita a cavalcioni del bordo esterno del trapezio, e adatto il pollice nel cavo sopraclavicolare, infossandovi quest' ultimo con una manovra di pigiamento, quasi di massaggio, per pochi secondi. Tolta poi la mia mano, riapplico, *senza perder tempo,* lo stetoscopio sulla stessa regione, nel medesimo punto. Accade *spesso* che il reperto acustico prima negativo, dopo tale manovra riesca positivo, in quanto che nelle prime inspirazioni successive alla manovra mi vien fatto di sentire qualche rantolino o addirittura un gruppetto di rantoli, o quel crepitìo secco il cui valore diagnostico è noto ad ognuno.

A completamento di conoscenze su questa *ascoltazione dell'apice, previo massaggio* posso aggiungere le seguenti affermazioni:

a) Che l'anzidetta manovra non provoca alcun reperto acustico anormale nei sani, e in quanto agli infermi di affezioni dell'apice, o estese all'apice, di natura non tubercolare, essa va soggetta, com'è naturale, alle stesse considerazioni e agli stessi accorgimenti cui in proposito sono sottoposti gli analoghi reperti comuni della regione stessa, val quanto dire che il relativo reperto positivo non può esprimere null'altro che un'affezione dell'apice, lasciando agli altri criterii collaterali lo stabilirne la natura.

b) Che la manovra è esente da inconvenienti, ciò che non mi risulta soltanto da numerose ricerche personali, ma anche dalla considerazione che manovre consimili, con intendimenti differenti, da osservatori antichi e moderni, si sogliono praticare abitualmente nella regione sopraclavicolare degli infermi sospetti di tubercolosi, come per la ricerca di ingorghi glandolari prossimiori (de Renzi), per la provocazione della tosse (Concato), per l'apprezzamento del tono dalla parte affetta (Dunges), per la valutazione della espansione respiratoria corrispondente (Roualt), ecc.

c) Che il reperto acustico sopraindicato è, come in generale gli analoghi reperti di rantoli di questo genere, più frequentemente positivo qualora si abbia cura di ricercarlo negli infermi al mattino appena si svegliano.

d) Che pur troppo il reperto acustico positivo in seguito al pigiamento dell'apice è tutt'altro che costante, e fa difetto molte volte, ma pertanto riesce preziosissimo nei casi positivi. Del resto si può osservare che fra i tanti mezzi escogitati per la diagnosi precoce della tubercolosi, nessuno si può dire sicuro, specialmente in senso negativo; e lo stesso mezzo giustamente ritenuto il solo decisivo, la ricerca dei b. nell'espettorato, ci aiuta solo in casi che relativamente si possono considerare come già progrediti, e sovente ci vien meno anch'esso. Per la qual cosa credo che possa anche entrare nella pratica corrente questo espediente, il quale nei casi con risultato positivo riesce prezioso e negli altri non ha fatto perdere in ogni caso che pochi secondi di tempo.

Intendo inoltre richiamare l'attenzione sul fatto, che una manovra di palpazione consimile permette di rilevare anche la dolorabilità dell'apice, sintoma già noto in semiologia; ma del quale credo non si sia fatto uno studio sistematico, mentre da numerose ricerche io ho tratto la convinzione che debba ritenersi preziosissimo, se praticato con

alcuni accorgimenti, e sopratutto *in modo contemporaneo e comparativo dai due lati.*

Se infatti si esplora detta dolentìa da ciascun lato isolatamente e successivamente, anche quando il reperto è positivo, non si può escludere che non si tratti, come spesso avviene, di una dolentia dovuta alla pressione stessa, un po' esagerata, sui tessuti sani, anzichè di un vero e proprio indolenzimento morboso della parte. Bisogna invece applicare, stando di fronte all' infermo, *contemporaneamente e simmetricamente,* il pollice destro nella fossa sopraclavicolare sinistra, e il sinistro in quella destra, mentre le altre dita poggiano comodamente sul margine esterno del trapezio, abbracciandolo. In questa posizione si infossano gradatamente i due pollici, in punti successivamente differenti delle fosse sopraclavicolari, ma sempre simmetrici, e adoperando una forza eguale dai due lati.

Con queste precauzioni un risentimento doloroso provocato dalla pressione stessa, troppo energica, su tessuti sani, *è sempre riconosciuto,* perchè bilaterale; mentre, se esiste un indolenzimento patologico insito alla regione esplorata, esso è nettamente accusato dall' infermo il quale riconosce e dichiara che *la stessa pressione, eguale e simmetrica sui due lati,* esercita una dolentia, più viva, e direi, *diversa,* esclusivamente da un lato, che è quello affetto.

Io insisto dunque sulla utilità, per la diagnosi della tubercolosi incipiente, della manovra del massaggio profondo dell' apice polmonare nella regione sopraclavicolare, con ascoltazione stetoscopica immediatamente successiva, come quella manovra che può provocare la comparsa di rantoletti o di crepitìo prima di tale pratica assenti: e con non minore fiducia, per lo stesso scopo, credo utile insistere ancora sul sintoma della dolentìa profonda che si risveglia con la pressione in corrispondenza dell' apice affetto, e sulla necessità di ricercare tale dolentìa infossando nella stessa regione di ciascun lato contemporaneamente i due pollici in modo simmetrico e comparativo.

L' ascoltazione previo massaggio dell'apice va praticata per la prima e su ciascun lato isolatamente e successivamente: l' indagine sulla dolentia va praticata dopo della precedente, e simultaneamente dai due lati come è stato detto.